

Поєднана доброякісна патологія матки і грудних залоз у жінок репродуктивного віку: діагностика і тактика лікування

М.С. Шелигин

Луганський медичний університет

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність проблеми поєднання дизгормональних захворювань грудних залоз і гіперпластичних процесів матки з точки зору як своєчасної діагностики, так і ефективності лікувально-профілактичних заходів. Отримані результати свідчать про необхідність широкого використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів за наявності такої поєднаної патології, як дизгормональні захворювання грудних залоз і гіперпластичні процеси матки, що дозволить знизити захворюваність жінок репродуктивного віку, а також підвищити якість їхнього життя.

Ключові слова: доброякісна патологія матки та грудних залоз, діагностика, лікування, репродуктивний вік.

Проблема доброякісної поєднаної патології матки і грудних залоз (ГЗ) є однією з найбільш актуальних в сучасній гінекології, що зумовлене тим фактом, що гіперпластичні процеси матки (ГПМ) і доброякісні захворювання грудних залоз (ДЗГЗ) посідають одне з провідних місць в структурі гінекологічної захворюваності [1, 2]. Частота даної патології серед жінок репродуктивного віку складає до 50,0%, а перименопаузально – до 60,0% [3, 4].

На сучасному етапі наголошується збільшення частоти ГПМ (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія), особливо серед жінок молодого віку, який знижує якість їхнього життя і негативно впливає на їхню репродуктивну функцію [5, 6].

На сьогоднішній день рак грудної залози (РГЗ) в структурі онкологічної патології у жінок утримує перше місце, а його частота зростає паралельно зростанню передракових станів ГЗ, серед яких явно переважають ДЗГЗ і проліферативна мастопатія (ПМ) [5]. Сучасні дані літератури [5, 7] свідчать про те, що РГЗ «помолодшала» і значно частіше розвивається на фоні ДЗГЗ, особливо ПМ або поєднується з ними, що свідчить про спільність механізмів, які лежать в їх основі. Проте, до теперішнього часу дискутується питання про те, чи є ДЗГЗ попередником раку, або злоякісні пухлини розвиваються на тлі незмінених тканин ГЗ.

Багаточисельні дані літератури [1, 3, 5, 7] переконливо свідчать про те, що процеси, які відбуваються в ГЗ, перебувають у тісному взаємозв'язку з функцією репродуктивної системи. Відомо, що ГЗ – не лише мішень для стероїдних, але і для гіпофізарних гормонів, гормонів щитоподібної залози, надниркових залоз і т.п. Це істотно підвищує вірогідність розвитку патології ГЗ при порушеннях функції репродуктивної системи і у хворих з гормонально-залежними гінекологічними захворюваннями. Так,

поєднання ДЗГЗ з лейоміомою матки зустрічається в 80,0% хворих; з генітальним ендометріозом – в 90,0% і при гіперплазії ендометрія – близько 60,0% [2,4].

У той самий час, робіт, присвячених поєднанню доброякісної патології матки і ГЗ недостатньо, вони є фрагментарними і не зачіпають проблеми можливого прогнозування перебігу описаної вище поєднаної патології.

Усе викладене вище свідчить про актуальність вибраної наукової проблеми, вирішення якої дозволить поліпшити стан здоров'я жінок репродуктивного віку.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і лікування поєднання ДЗГЗ і ГПМ у жінок репродуктивного віку на основі вивчення нових аспектів патогенезу даної поєднаної патології, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленої мети було обстежено 350 жінок. Були сформовані три репрезентативні клінічні групи хворих. До 1-ї групи ввійшли 150 хворих з ДЗГЗ на тлі ГПМ, включаючи і ендометрій, у 2-у – 50 хворих з ПМ, у 3-ю (контрольну) – 150 пацієнток з ГПМ без захворювань ГЗ. При цьому 1-у групу було розподілено на дві підгрупи залежно від використовуваного алгоритму лікувально-профілактичних заходів: підгрупа 1.1 – 75 жінок, що отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи і 75 – вдосконалений нами алгоритм.

Відбір пацієнток у групи проводили за принципом копії-пара. Вік обстежених пацієнток – від 20 до 40 років.

Анамнез обстежуваних жінок вивчали за розробленою нами анкетною-опитувальником. Особливу увагу приділяли перенесеним екстрагенітальним захворюванням, спадковості – гінекологічні, мамологічні і онкологічні захворювання у найближчих родичів. Так само було виконано вкопіювання інформації з первинної медичної документації жінок в жіночих консультаціях, мамологічній клініці, що дозволило скоригувати дані опитування.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, мамографічні, ендокринологічні, імунологічні і морфологічні методи дослідження.

Усі жінки оглянуті терапевтом, консультовані мамологом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі дифузних захворювань ГЗ при їхньому поєднанні з ГПМ, переважають дифузна мастопатія (65,5%) порівняно з фіброзно-кістозною (26,7%) і фіброаденомою (8,3%). ПМ найчастіше розвивається на тлі фіброзно-кістозної мастопатії (64,0%), кіст ГЗ (28,0%),

цисто- і фіброаденом (34,0%), хронічного маститу (20,0%) і фіброзної мастопатії (12,0%), причому в 58,0% має місце поєднання наведених вище варіантів патології ГЗ.

Основними варіантами ГПМ при поєднанні з дифузними захворюваннями ГЗ є лейоміома (83,3%) і рідше – гіперпластичні процеси ендометрія (18,7%), причому на тлі запальних процесів репродуктивної системи (39,3%), патологічних змін шийки матки (29,3%), внутрішнього ендометріозу (23,3%) і кіст яєчників (12,7%). ПМ в 100,0% випадків поєднується з лейоміомою матки на тлі запальних процесів репродуктивної системи (44,0%), патологічних змін шийки матки (38,0%), внутрішнього ендометріозу (22,0%) і гіперпластичних процесів ендометрія (12,0%).

При оцінюванні ехографічних змін ГЗ установлено, що у жінок з ГПМ переважали дифузні зміни ГЗ, а при ПМ – вузлувато-кістозні процеси. Крім того, у хворих з дифузними захворюваннями ГЗ і ПМ мало місце порушення мікроциркуляції в ГЗ, причому у хворих з дифузними захворюваннями ГЗ наголошувалося посилення середньої швидкості кровотоку із збільшенням систоли і діастоли складових, а у хворих з ПМ – різке зниження середньої швидкості кровотоку і його складових. Предикатом виникнення дифузних захворювань ГЗ у жінок з ГПМ за даними ультразвукового дослідження (УЗД) є підвищення індексу пульсації, а характерною ознакою ПМ за результатами обстеження ультразвукової доплерографії є зниження швидкості кровотоку і її складових, зниження індексів циркулярного опору і пульсації.

Функціональний стан ендокринної системи у хворих із дифузними захворюваннями грудних залоз і ГПМ характеризується гіпоестрогенією, гіперпролактинемією, гіперпродукцією кортизолу і тестостерону. При дифузній мастопатії характерні гіперестрогенія, монотонний ритм лютеїнізувального і фолікулоstimулювального гормонів протягом менструального циклу, а також гіперпролактинемія. При фіброзно-кістозній мастопатії – прогестеронова недостатність, монотонний ритм виділення фолікулоstimулювального і лютеїнізувального гормонів протягом менструального циклу, гіперпролактинемія і субклінічний гіпотиреоз.

У хворих з ПМ частіше мають місце ановуляторні (74,0%) менструальні цикли (74,0%) порівняно з недостатністю лютеїнової фази (26,0%). При ановуляції характерна гіперпролактинемія, збільшення концентрації лютеїнізувального і фолікулоstimулювального гормонів з переважанням останнього, низька концентрація прогестерону у естрадіолу. При недостатності лютеїнової фази – гіперпролактинемія і гіперестрогенія.

У хворих із дифузними захворюваннями ГЗ має місце розвиток цитокінової дизрегуляції і це виявляється підвищенням частоти виявлення продукції інтерлейкіну-6 і інтерлейкіну-1 β , відображаючи порушення взаємодій між імункомпетентними клітинами і цитокінами. На етапі виявлення проліферації мастопатії встановлена пряма кореляційна залежність між рівнями sFas і інтерлейкіна-1 β ($r=0,52$), підвищення рівня інсуліноподібного чинника зростання 2-го типу при одночасному зниженні інсуліноподібного чинника зростання 3-го типу, що свідчить про те, що ці цитокіни можуть бути активаторами процесу проліферації.

Стан вегетативної нервової системи достовірно не відрізняється у міру зміни патології ГЗ (дифузні захворювання ГЗ і ПМ) і характеризується наступними змінами:

– зниження ефективності системи нейрогуморальної регуляції у вигляді збільшення вкладу в структуру спек-

тральної потужності спектрального ритму після проведення активної ортостатичної проби;

– зростання напруження регуляторних механізмів у вигляді збільшення частки симпатoadреналової активності;

– зниження адаптаційного потенціалу, що виявлялося у вигляді зниження парасимпатичної реактивності;

– менш ефективне вегетативне забезпечення діяльності або виснаження симпатoadреналової активності, що виявляється зниженням абсолютної спектральної потужності.

Для жінок з дифузними захворюваннями ГЗ були характерні наступні психологічні особливості:

– стан хронічної дезадаптації аж до тривожної депресії на фоні підвищеної конституціонально зумовленої особової тривожності, схильність до депресивного реагування, песимістична, індивідуалістичність, тривожність і імпульсивність зі схильністю до пошукової активності в стресовій ситуації, схильність до психосоматичних реакцій;

– зрілість життєвої позиції, висока готовність до пасивно-охоронної реакції в соціумі (52,6%), загальна втома (18,4%), труднощі міжособового спілкування (10,3%), запальність в конфліктних ситуаціях (10,3%), незалежність (13,7%), потреба у спокої (5,3%) і підвищена ранимість відносно критичних зауважень (15,7%);

– м'який, поступливий характер і розвинене відчуття провини (11,1%), демонстративність (15,7%), страх і «муки хворого до совісті» (13,3%), залучення у світ внутрішніх переживань (8,7%) і недовіра до навколишнього світу (6,7%).

Психологічні особливості жінок з ПМ полягають у такому:

– схильність до депресивного реагування, перебування в стані дезадаптації аж до тривожної депресії, знижений рівень соціальної адаптації, зосередженість на соматичних скаргах без емоційного захоплення, підвищена дратівливість, схильність до артеріальної гіпертензії, а так само психосоматична схильність до захворювань травного тракту;

– зрілість життєвої позиції (36,0%), обмеження сфери спілкування обстежених жінок, загальна втома (36,0%), прагнення уникнути обмежень (28,0%), прагнення до незалежності (10,0%) і виражений стрес (54,0%);

– розвинене відчуття провини (18,0%), егоїстичність (6,0%), нерішучість у встановленні нових контактів (18,0%), схильність до самопожертвування (18,0%), замкнутість (36,0%) і можливість суїцидальної реакції (26,0%).

Ефективність удосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних методів склала через 3 міс – 14,7%; через 6 – 16,0% і через 12 міс – 26,7%, що підтверджується результатами додаткових методів дослідження: клінічних, ехографічних, ендокринологічних, імунологічних і нейрон-психологічних.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність проблеми поєднання доброякісних захворювань грудних залоз (ДЗГЗ) і гіперпластичних процесів матки (ГПМ) з точки зору як своєчасної діагностики, так і ефективності лікувально-профілактичних заходів. Отримані результати свідчать про необхідність широкого використання удосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів за наявності такої поєданої патології, як ДЗГЗ і ГПМ, що дозволить низити захворюваність жінок репродуктивного і перименопаузального віку, а також підвищити якість їхнього життя.

Сочетанная доброкачественная патология матки и грудных желез у женщин репродуктивного возраста: диагностика и тактика лечения
М.С. Шельгин

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности проблемы сочетания дисгормональных заболеваний грудных желез и гиперпластических процессов матки с точки зрения как своевременной диагностики, так и эффективности лечебно-профилактических мероприятий. Полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости широкого использования усовершенствованного нами алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при наличии такой сочетанной патологии, как дисгормональные заболевания грудных желез и гиперпластических процессов матки, что позволит снизить заболеваемость женщин репродуктивного возраста, а также повысить качество их жизни.

Ключевые слова: доброкачественная патология матки и грудных желез, диагностика, лечение, репродуктивный возраст.

Combined good-quality pathology of uterus and mammary glands at women of reproductive age: diagnostics and treatment tactics
M.S. Shelygin

Results of spent researches testify to an urgency of a problem of a combination dyshormonal diseases of mammary glands and hyperplastic processes of uterus from the point of view both timely diagnostics, and efficiency of treatment-and-prophylactic actions. The results received by us testify to necessity of wide use of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions improved by us at presence such combined pathologies as dyshormonal disease of mammary glands and hyperplastic processes of uterus that will allow to lower disease of women of reproductive age, and also to raise quality of their life.

Key words: a good-quality pathology of uterus and mammary glands, diagnostics, treatment, reproductive age.

Сведения об авторе

Шельгин Михаил Сергеевич – Луганский медицинский университет, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 591-08-85. E-mail: mshelugin@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы / Э.К. Айламазян. – М.: Медпресс-информ, 2012. – 425 с.
2. Андреева Е.Н. Современные подходы к лечению гиперплазии эндометрия / Е.Н. Андреева // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней (гинекология, акушерство, урогинекология, онкогинекология) / Под ред В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: ПАНТОРИ, 2011. – С. 592–600.
3. Баскаков В.П. Проблемы современной диагностики аденомиоза матки: Обзор / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Н.Н. Рухляда // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 51, вып. 1. – С. 105–111.
4. Безнощенко Г.Б. Неоперативная гинекология / Г.Б. Безнощенко. – М.: Медицинская книга; Н.-Новгород: Изд-во НГМА, 2011. – 392 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Бохман Я.В. – Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 2010. – 463 с.
6. Брехман Г.И. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика / Г.И. Брехман, Б.Ф. Мазорчук. – М., 2012. – 220 с.
7. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 400 с.

Статья поступила в редакцию 13.08.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ЧЕМ ОПАСНА ДЕТСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

Дети, которым поставили диагноз "депрессия" ещё в дошкольном возрасте, через несколько лет имеют меньшую, чем у других, инсулу (островок) - участок мозга, отвечающий за эмоции.

Чувство вины, если оно возникает у ребёнка, считается скорее плюсом: от обычных детей извинений не дождёшься. Однако исследователи из Вашингтонского университета показали, что у тех, кто в возрасте от 3 до 6 лет страдал от патологического чувства вины, позже уменьшена одна из областей мозга - инсула. Эта структура есть в обоих полушариях и отвечает за проявление

эмоций. В предыдущих работах выяснили, что у взрослых, страдающих депрессией, размер инсулы тоже скромный по сравнению со здоровыми сверстниками.

В работе, длившейся несколько лет, принимали участие 129 детей. У 47 из них в возрасте от 3 до 6 выявили признаки клинической депрессии. Больше половины из них страдало патологическим чувством вины: например, заходя в комнату с разбитой кем-то лампочкой, они начинали извиняться. Те 82 ребёнка, у которых депрессии не было, реже демонстрировали излишнюю вину: в 20% случаев. Когда участни-

кам исполнилось 7 лет, им стали каждые полтора года проводить МРТ-сканирование вплоть до 13-летнего возраста. Оно-то и выявило аномально маленький размер инсулы у бывших дошкольников с депрессией. Кстати, само заболевание чаще всего не исчезало полностью, и эпизоды депрессии случались не один раз.

Итак, патологическое чувство вины, проявление клинической депрессии и снижение размера инсулы связаны. Пока остается не до конца изученным, что здесь причина, а что следствие.

Источник: <http://health.unian.net>